其他格式及語言

您可以免費獲取本文件其他語言、大字體、盲文或您首選格式的版本。如欲聯絡 Explore Health，可發送電郵至 explorehealth@oha.oregon.gov 或致電 855-268-3767 (語音)。我們接受所有轉駁電話。

Explore Health 統一協助授權書

第 1 部分：授權登記合作夥伴類型

☐保險代理

持牌保險代理獲授權推薦計劃、提供指引，並協助消費者經由 Explore Health 申請、投保和維持保險。

☐助理員／社區合作夥伴

獲認證的助理員或社區合作夥伴機構獲授權為俄勒岡州健康計劃(OHP)計劃、合資格健康計劃(QHP)及相關資助計劃提供中立客觀的申請及投保協助。助理員不得推薦保險計劃。

第 2 部分：保險代理資料（如適用）

保險機構名稱：_____

機構負責人：_____

負責人電話：_____

負責人電郵地址：_____

主要出單代理姓名：_____

代理全國生產商編號 (NPN)：_____

代理電話：_____

代理電郵地址：_____

第 3 部分：助理員／社區合作夥伴資料（如適用）

社區合作夥伴機構名稱：_____

申請助理員姓名：_____

俄勒岡州衛生局 (OHA) 助理員 ID：_____

助理員電郵地址：_____

助理員電話：_____

第 4 部分：申請者資料

主要申請者姓名（*名字*、*中間名*、*姓氏*）：

主要申請者出生日期：

主要申請者電話：

主要申請者電郵地址：

申請表上其他成人的姓名及出生日期：

年滿 19 歲及以上的家庭成員人數：

第 5 部分：授權

我授權上述登記合作夥伴擔任我及我整個家庭（如適用）的登記合作夥伴，以申請及參加俄勒岡州醫療保險市場 Explore Health 所提供的承保。透過同意本協議，我授權上述登記合作夥伴查閱及使用我以書面、電子方式、當面或電話所提供的保密資料，僅用於以下一項或多項目的：

- 搜尋現有的 Explore Health 申請；
- 填寫 Explore Health 合資格健康或牙科保險計劃，或其他政府資助保險計劃（例如俄勒岡州健康計劃（Medicaid／兒童醫療保險計劃 (CHIP)／基本健康計劃）、保費稅務優惠或費用分擔減免）的資格及投保申請，以助支付醫療保險費用；
- 在需要時提供持續的帳戶管理及投保協助；或
- 回應 Explore Health 就我的 Explore Health 申請或登記事宜的查詢。

OHP 協助（只限助理員）

我授權俄勒岡州衛生局(OHA)和俄勒岡州公共服務部 (ODHS) 及 Explore Health 將以下資料與我的社區合作夥伴組織及助理員分享：

- 我的申請
- 登記詳情
- 登記狀態
- 計劃福利
- 受保護的健康資料(PHI)

我明白，除非經我授權，否則我的登記合作夥伴不得詢問我的移民身份或家庭成員，亦不得分享任何有關我的申請表的資料。

我明白，協助員／社區合作夥伴不得推薦協調護理組織(CCO)或任何醫療保險計劃。

我明白，這些組織必須保護我的資料，且未經額外授權，不得分享有關精神健康、HIV/AIDS、藥物或酒精治療或基因檢測的資料。

第 6 部分：私隱與安全

我明白，登記合作夥伴必須：

- 僅將我的個人識別資料 (PII) 或個人健康資料 (PHI) **僅**用於經授權的協助目的；
- 保護我的資料，防止未經授權的查閱、使用或披露；
- 僅收集、使用及披露最低限度的必要資料；
- 確保我資料的儲存及傳輸安全；
- 遵守 Explore Health、OHA 和 ODHS 要求的所有私隱規則。

我明白，除完成申請表所必需的資料外，我無須與登記合作夥伴分享額外的個人資料。

第 7 部分：申請者的責任

我明白：

- 我必須在申請表上提供真實且正確的資料。
- 我必須在收到要求時，回應有關缺失或不正確資料的通知。
- 我可獲得以我所用或偏好語言提供的協助或轉介。

第 8 部分：撤銷或終止同意

取消授權不適用於已分享的資料。我的授權將持續有效，直至我通知 OHA/ODHS 及 Explore Health 我不再希望與此登記合作夥伴合作，或直至我要求另一登記合作夥伴提供協助為止。

如我的登記合作夥伴是保險代理：

我可隨時聯絡上述代理、保險機構或機構東主，以撤銷或修改我的同意。我亦可登入申請者儀表板撤銷同意，或致電 855-268-3767（接聽轉駁來電）聯絡 Explore Health，服務時間為星期一至五上午 8 時至下午 5 時 （美國太平洋標準時間）。

如我的登記合作夥伴是助理員／社區合作夥伴：

我可登入申請者儀表板撤銷授權，或致電 855-268-3767（接聽轉駁電話）聯絡 Explore Health，服務時間為星期一至五上午 8 時至下午 5 時 （美國太平洋標準時間）。如我想撤銷對助理員／社區合作夥伴的授權，亦須致電 800-699-9075（接聽轉駁電話）或發送電郵至 Oregon.Benefits@odhsoha.oregon.gov。

第 9 部分：簽署

主要申請者簽署：

簽署日期（月月/日日/年年年年）：

Explore Health: Oregon’s Health Insurance Marketplace
PO Box 191
Salem, OR 97308
855 268 3767（接聽轉駁來電）
ExploreHealthOR.gov